UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

Étude rétrospective des voies d'accouchement des présentations podaliques, au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg de 2015 à 2016

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU
PAR

MUNO Anaelle

NÉE LE 04 AVRIL 1993 à Strasbourg

Directrice de mémoire : Dr BRYAND Angélique
Codirectrice du mémoire : Mme BASSO Anita

Remerciements

À toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire, et tout particulièrement :

Au docteur Angélique Bryand pour sa grande disponibilité, son investissement et sa direction tout au long de ce travail,

À Madame Anita Basso pour ses précieux conseils,

À mes parents et Florent pour leur aide et leur soutien sans faille dans les bons moments comme les coups durs,

À mon frère et à Laura pour leur aide en informatique et leur encouragement,

Enfin, à Shehrazade, mon acolyte de promotion avec qui j'ai partagé tant de choses durant mes études.

Table des matières

Glossaire....3
Introduction....4
I.Controverse sur la voie d'accouchement....5
II.Critères d'acceptabilité de la voie basse....6
II.1.Recommandations nationales....6
II.2.Protocole interne des hôpitaux universitaires de Strasbourg....7
III.Information des patientes....8
Matériels et méthode....11
I.Sélection des dossiers....12
II.Données analysées....13
Résultats....15
I.Caractéristiques de la population....16
II.Choix des patientes, avis médical et voie d'accouchement finale....16
III.Motifs de césariennes en cas de souhait maternel initial de voie basse....18
IV.Respect du protocole interne des HUS....19
IV.1.Apport de la radiopelvimétrie dans la décision médicale....19
IV.2.Apport de la confrontation fœto-pelvienne sur la décision médicale....20
IV.3.Respect des recommandations sur l'estimation de poids fœtal....20
V.Comorbidités néonatales selon la voie d'accouchement....20
VI.Information des patientes....21
Discussion....23
I.Respect du protocole interne des HUS....24
I.1.Apport de la radiopelvimétrie dans la décision médicale....25
I.2.Apport de la confrontation fœto-pelvienne sur la décision médicale....26
I.3.Respect des recommandations sur l'estimation de poids fœtal....27
II.Comorbidités néonatales selon la voie d'accouchement....29
III.Information des patientes....29
IV.Axes d'amélioration....31
Conclusion....32
Bibliographie....34

Annexes :

ANNEXE I : Choix des patientes, décision médicale et voie d'accouchement finale

ANNEXE II : Siège Fiche d'information – Réseau périnatal AURORE

ANNEXE III : Fiche d'information destinée aux femmes enceintes « la version par manœuvre externe (VME) et l'accouchement par le siège » – Groupe hospitalier de la Pitié Salpetrière

ANNEXE IV : Fiche d'information aux patientes « Présentation du siège » – Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

Glossaire

ARCF : altération du rythme cardiaque fœtal

Bi-ep : bi-épineux

BIP : bi-pariétal

CHU : centre hospitalier universitaire

CNGOF : collège national de gynécologue-obstétricien français

HUS : hôpitaux universitaires de Strasbourg

PRP : promonto-rétro-pubien

RCIU : retard de croissance intra-utérin

SA : semaines d'aménorrhée

SSSP : sous-sacro-sous-pubien

TM : transverse médian

Introduction

I.Controverse sur la voie d'accouchement

La fréquence des présentations podaliques est de 3 à 4 % à terme. La voie d'accouchement lors de présentations du siège reste cependant un sujet controversé.

Cette controverse fait suite à la publication en 2000 de l'étude de Hannah et al. nommée Term Breech Trial (1), première étude randomisée multicentrique internationale traitant de ce sujet. Elle incluait 2088 patientes dans 121 centres issus de 26 pays différents. Elle conclut à un risque de mortalité périnatale et de morbidité néonatale sévère plus important lors d'accouchements par voie basse que par césariennes en cas de présentations podaliques.

Cette étude a rapidement et largement été critiquée, non pas d'un point de vue méthodologique, mais en terme d'extrapolation des résultats à une population donnée (2). Le Collège National de Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) estime notamment que « les pratiques obstétricales en vigueur en France à propos du siège sont le plus souvent très éloignées de celles décrites dans l'étude de Hannah et coll. […] les conditions permettant d'accepter l'accouchement par voie basse correspondent rarement aux recommandations du Collège » (3). Ainsi seule 9,8 % des femmes ayant eu une voie basse avaient bénéficié d'une radiopelvimétrie. De même, les efforts expulsifs sur présentation podalique pouvaient durer jusqu'à une heure.

De plus, en 2004 Hannah et al. ont publié une étude sur le devenir des enfants du Term Breech Trial à l'âge de 2 ans, qui nuance leur propos précédent. En effet, aucune différence significative entre le groupe d'enfants nés pas césarienne et ceux nés par voie basse n'est objectivée concernant le retard psychomoteur.

L'étude franco-belge PREMODA, menée en 2005, en tenant compte des recommandations du CNGOF et portant sur plus de 8000 cas, n'a quant à elle pas montré d'augmentation significative de la morbi-mortalité néonatale lors de la voie basse en comparaison à la césarienne (RR = 1.40 ; IC95% [0.89-2.23]). (4).

Une méta-analyse, incluant 27 études portant sur ce sujet, a été réalisée en 2015. Bien qu'elle retrouve un risque relatif de morbi-mortalité néonatale plus important

dans le groupe d'accouchement par voie basse, notamment en ce qui concerne les décès périnataux, les traumatismes obstétricaux, ou le score d'Apgar inférieur à 7/10 à 5 minutes de vie, les risques absolus restent faibles. Les auteurs relativisent ces résultats en expliquant que la plupart des études incluses étaient rétrospectives et qu'il y avait des écarts entre les effectifs de celles-ci qu'ils n'ont pas répercutés sur leur calcul de risque. Ils concluent donc que la décision de la voie d'accouchement en cas de présentation podalique doit être prise au cas par cas avec des critères d'acceptabilité de la voie basse prédéfinis (5).

II.Critères d'acceptabilité de la voie basse

II.1.Recommandations nationales

Les recommandations du CNGOF concernant les critères d'acceptabilité de la voie basse sont les suivantes :

- une radiopelvimétrie normale,
- l'absence de déflexion de la tête fœtale,
- une estimation pondérale entre 2500 et 3800 g,
- un siège décomplété mode des fesses,
- et l'accord de la patiente (6).

Une radiopelvimétrie normale correspond à un indice de Magnin supérieur à 22cm et un indice de Borell supérieur à 31,5cm. L'indice de Magnin est la somme des diamètres promonto-rétro-pubien (PRP) et transverse médian (TM). L'indice de Borell correspond, quant à lui, à la somme des diamètres sous-sacro-sous-pubien (SSSP), bi-ischiatique et bi-épineux (Bi-ep), aussi appelé bi-schiatique.

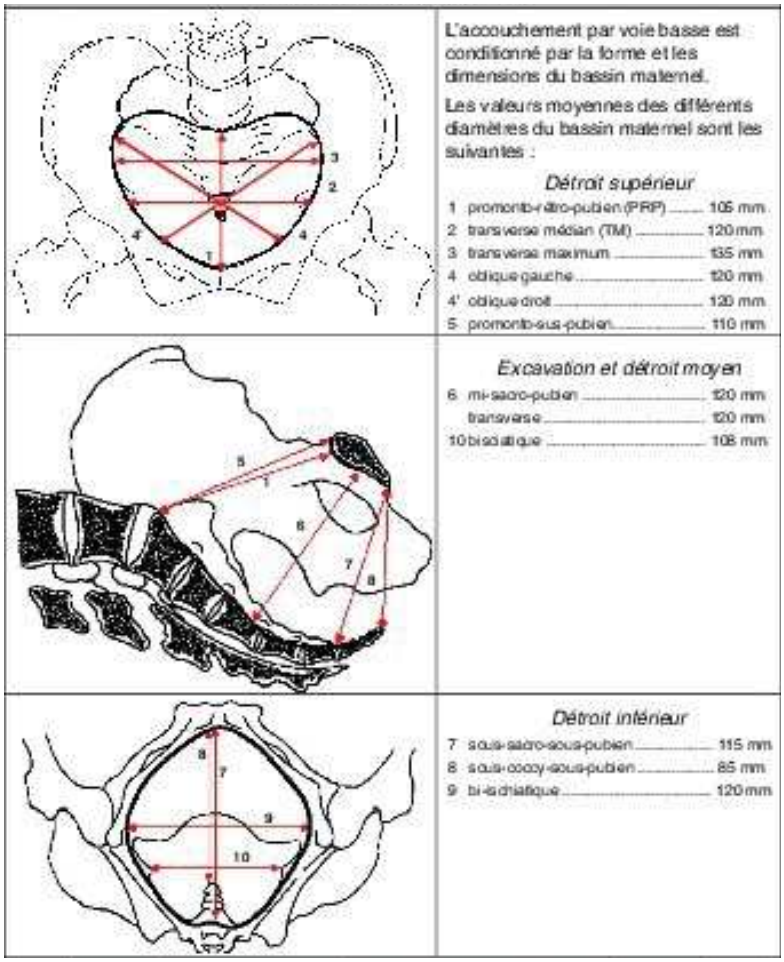


Image 1 : Les diamètres du bassin

Source : Schaal et al. - Mécanique et techniques obstétricales - 4e édition

II.2.Protocole interne des hôpitaux universitaires de Strasbourg

Pour prendre la meilleure décision à propos de la voie d'accouchement, en plus des recommandations du CNGOF, les médecins des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) s'appuient sur des critères supplémentaires. Ils réalisent une confrontation fœto-pelvienne, c'est à dire qu'ils comparent le diamètre bi-pariétal fœtal (BIP) à trois des diamètres du bassin maternel : le promonto-rétro-pubien, le sous-sacro-sous-pubien et le bi-épineux. Un accouchement par voie basse est accepté lorsque les trois critères suivants sont remplis :

- PRP – BIP > 15 mm
- SSSP – BIP > 10 mm
- Bi-ep – BIP > 0 mm.

L'accouchement par voie basse est considéré comme possible sans radiopelvimétrie, avant 37 semaines d'aménorrhée (SA).
Par ailleurs, le déclenchement sur un fœtus en présentation du siège n'est pas réalisé au sein des HUS.
De plus, contrairement aux recommandations du CNGOF, le protocole est identique qu'il s'agisse d'un siège complet ou décomplété. Plusieurs études ont, en effet, montré qu'il n'existe pas de différence du pronostic néonatal en fonction du mode de présentation du siège (7,8).

III.Information des patientes

Quand les critères médicaux sont satisfaits, la patiente est libre d'accepter ou non la tentative d'un accouchement par voie basse. Et, selon la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (9), il est obligatoire d'informer la patiente des risques que comportent les 2 voies d'accouchements, afin qu'elle puisse prendre une décision éclairée.
En cas d'accouchement par voie basse, la patiente doit être informée du risque de rétention de tête dernière, et de césarienne en urgence au cours du travail. De plus, si la femme est désireuse d'une voie basse, elle doit être avisée des critères de validité d'un accouchement par voie basse : mise en travail spontané, dilatation cervicale harmonieuse 1cm/h, descente du mobile fœtal dans les deux heures qui suivent la dilatation complète, et de la présence de toute l'équipe obstétricale en salle de naissance (sage-femme, obstétricien, anesthésiste et pédiatre).
En cas de césarienne, la patiente doit être informée des risques infectieux, hémorragiques, thromboemboliques, viscéraux par plaie d'organes de voisinage. Le risque de détresse respiratoire néonatale est également majoré. De plus, la patiente doit être informée des risques ultérieurs pour une prochaine grossesse en lien avec un utérus cicatriciel (risque de placenta accréta et de rupture utérine).

Ces dernières années, le taux de césariennes programmées pour siège augmente, notamment suite à la demande des patientes (10).
On peut donc se demander si l'information donnée par les différents professionnels à

ces femmes est complète et similaire, sachant qu'ils n'ont pas la même formation et expérience. En effet, on peut supposer que les sages-femmes pourraient avoir un discours plus en faveur de la voie basse du fait de leur formation principalement axée sur la physiologie. Au contraire, les gynécologues exerçant en cabinet de ville pourraient avoir, quant à eux, un discours plus en faveur de la césarienne car l'accouchement par voie basse d'un siège nécessite de connaître des manœuvres obstétricales avec lesquelles ils ne se sentent peut-être plus à l'aise, de par le manque de pratique. Et l'information la plus neutre est probablement donnée par les gynécologues hospitaliers car ce sont eux qui sont directement confrontés à ces accouchements et leurs complications.

Face à ces enjeux médico-légaux, nous avons donc réalisé une étude rétrospective des voies d'accouchement des présentations podaliques, au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg de 2015 à 2016, selon l'information délivrée en pré-partum.

L'idée initiale du projet était de savoir si l'information donnée aux patientes, selon le type de professionnel et le lieu d'exercice, différait et impactait le souhait de la voie d'accouchement des patientes. Mais au vu des premiers résultats, peu significatifs (la quasi-totalité des soignants étant issu de la formation des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), il nous a semblé plus intéressant d'étudier l'application du protocole interne du service « conduite à tenir en cas de présentation podalique ».

L'objectif principal était donc d'évaluer le respect du protocole interne au sein des HUS en cas de présentations podaliques, notamment en déterminant les causes conduisant à réaliser une césarienne malgré le désir initial de voie basse des patientes, après information délivrée en pré-partum.
Un des objectifs secondaires était d'analyser les conséquences néonatales selon la voie d'accouchement et d'ainsi étayer ou non les recommandations selon lesquelles il n'existe pas de différences néonatales selon la voie d'accouchement, en cas de respect des bonnes pratiques.

Enfin, nous nous sommes intéressés à l’information du pré-partum avant décision médicale à terme. Nous avons ainsi étudié les décisions maternelles de voie d'accouchement avant décision médicale, selon que l'information ait été donnée en hospitalier ou en libéral.

Matériels et méthode

I.Sélection des dossiers

Pour cette étude, nous avons inclus les patientes présentant une grossesse unique qui ont accouché, après 34 semaines d'aménorrhée, d'un fœtus en présentation du siège entre janvier 2015 et décembre 2016 dans l'une des deux maternités des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Le terme supérieur à 34 SA a été retenu car, selon le collège français d'échographie fœtale, c'est le terme à partir duquel un fœtus est susceptible de peser 2500g (11), poids minimum nécessaire à l'acceptation d'une voie basse selon les recommandations nationales.

Nous avons exclu les patientes ayant un utérus multi-cicatriciel, ainsi que les patientes ayant une contre-indication à la voie basse quel que soit le terme de la grossesse (utérus cloisonné ou bicorne, placenta ou fibrome prævia, ou fœtus présentant un retard de croissance intra-utérin -RCIU- sévère).

Les patientes non francophones ou n'ayant pas fait suivre leur grossesse ont également été exclues car l'information délivrée en pré-partum n'était pas évaluable.

La sélection des patientes a été réalisée grâce aux dossiers informatisés de DIAMM®, à partir de la fiche médicale « Issue nouveau-né ». Nous avons sélectionné toutes les patientes, correspondant aux critères d'inclusions ci-dessus, pour lesquelles cette fiche comprenait un des éléments suivants :

- rubrique « diagnostic principal d'accouchement » = accouchement (unique) spontané par présentation du siège,
- rubrique « indication césarienne (principale) » = dystocie du siège,
- rubrique « indication césarienne (secondaire) » = dystocie du siège.

Et, afin de recueillir ces données et de les exploiter, nous avons effectué une déclaration auprès de la CNIL (2001404 v 0). Le stockage des données confidentielles s'est fait via le serveur sécurisé des HUS.

II.Données analysées

Les données nécessaires (Tableau I) ont également été recueillies grâce aux dossiers informatisés de DIAMM ®, et exploitées avec l'aide du logiciel Microsoft Excel ®.

Tableau I : Données analysées pour l'étude	
Caractéristique de la population	
Age	
Gestité	
Parité	
Potentiel critère d'exclusion	
Barrière linguistique	Absence/Présence
Antécédents	
Utérus cicatriciel	Nombre de césariennes
Complications de grossesse	
Objectif principal	
Radio-pelvimétrie	Effectuée/Non effectuée
Bassin satisfaisant	Oui/non
	Valeur des indices de Magnin et Borell
Estimation du poids fœtal après 34 SA	
Confrontation fœto-pelvienne	Favorable/Non favorable
Choix de la voie d'accouchement par la patiente	Voie basse/Césarienne
Voie acceptée par l'équipe médicale	Voie basse/Césarienne
Voie d'accouchement finale	Voie basse/Césarienne
Motif de la différence	
Terme de l'accouchement	
Poids du nouveau-né	
Objectifs secondaires	
Apgar 1'/ 5'	
pH artériel	
pH veineux	
Lactates	
Complications fœtales post-natales	
Information complète sur les risques	Oui/Non
Praticien ayant suivi la grossesse	
Profession du praticien	
Lieu d'exercice du praticien	Hôpital/Cabinet de ville

A propos de l'information des patientes, nous avons considéré que le dossier était complet si nous trouvions mentionné dans celui-ci les risques suivants : risques thrombo-emboliques, hémorragiques et/ou infectieux en cas de césarienne ; et le risque de rétention de tête dernière en cas de voie basse. Lorsque la mention « discussion concernant la voie d'accouchement » apparaissait à au moins deux reprises, dans des consultations différentes, nous considérions également l'information donnée comme complète.

En ce qui concerne la confrontation fœto-pelvienne, lorsque la donnée n'apparaissait pas explicitement dans le dossier, elle a été calculée par nos soins à partir des valeurs de la radiopelvimétrie et de la mesure échographique du diamètre bi-pariétal fœtal.

Résultats

Durant la période étudiée, 381 femmes, ayant une grossesse unique, ont accouché d'un enfant en présentation du siège aux HUS. Parmi ces accouchements, 87 dossiers ont été exclus et 294 dossiers ont ainsi pu être analysés.

I.Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge des patientes est de 31 ans, la plus jeune ayant 17 ans et la plus âgée 43. Cent-quatre-vingt-quatorze d'entre elles, soit 65,9%, étaient nullipares (tableau II)

Tableau II : Caractéristiques de la population d'étude

Parité	N =	Proportion (%)
Nullipare	194	65,99
Primipare et Multipare	100	34,01

II.Choix des patientes, avis médical et voie d'accouchement finale

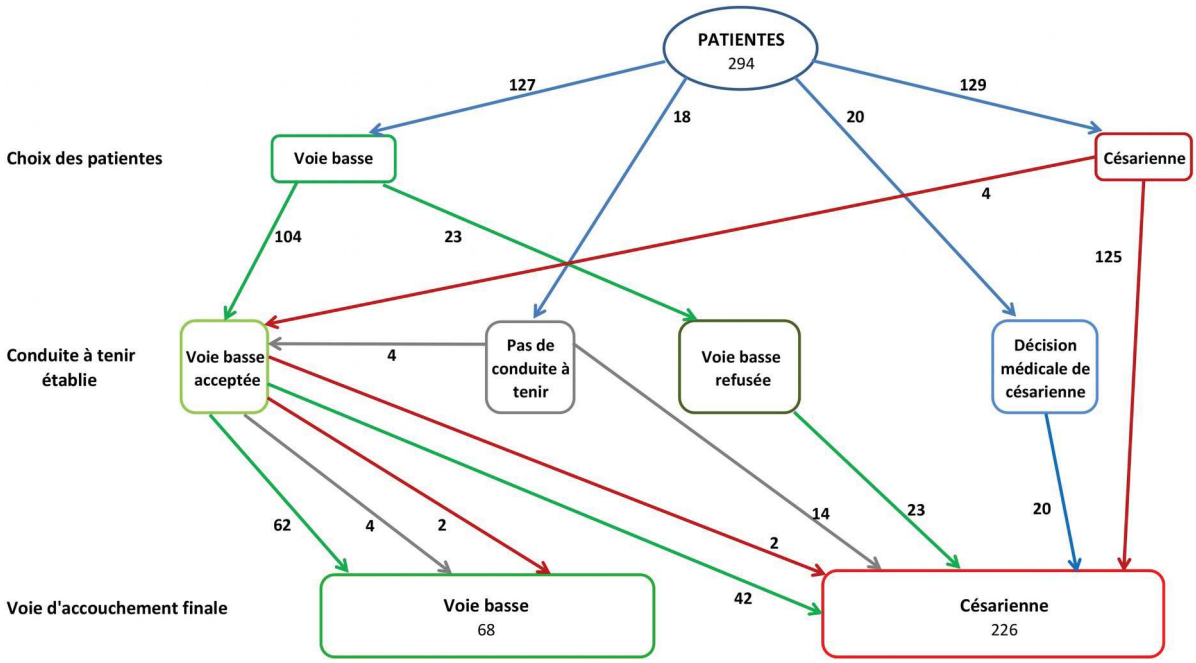


Figure 1 : Choix des patientes, décision médicale et voie d'accouchement finale

Sur un total de 294 patientes, 127 souhaitaient un accouchement par voie basse et 129 par césarienne (figure 1 et ANNEXE I).

Quatre femmes initialement désireuses d'une césarienne ont accepté la voie basse après discussion avec l'équipe médicale, dont 2 qui sont revenues sur leur décision au dernier moment et ont eu une césarienne.

La catégorie « Pas de conduite à tenir » concerne les patientes qui se sont présentées à la maternité en début de travail ou suite à une rupture des membranes, pour lesquelles les médecins n'avaient pas établi de conduite à tenir précédemment. Sur 18 patientes, 4 ont eu un accouchement par voie basse. Les indications de césarienne en début de travail ou suite à une rupture de la poche des eaux étaient les suivantes : rupture prématurée des membranes de plus de 24 heures (N=1), anamnios (N=1), radiopelvimétrie non favorable (N=1), confrontation fœto-pelvienne défavorable (N=1), suspicion de macrosomie (N=1), absence de radiopelvimétrie (N=8) (dont 3 patientes avant 37 SA), et nécessité d'extraction fœtale pour majoration d'une dilatation pyélique fœtale (N=1).

La catégorie « décision médicale » correspond aux patientes qui n'ont pas émis de choix avant l'avis des médecins et pour lesquelles une décision médicale de césarienne a été prise d'emblée. Plusieurs motifs justifiaient ces décisions : une confrontation fœto-pelvienne non favorable (N=6), une pelvimétrie défavorable (N=3), une suspicion de macrosomie (N=4), un diamètre bi-pariétal fœtal supérieur à 100mm (N=1), un oligoamnios (N=1), une cholestase gravidique (N=1), un myome volumineux intramural (N=1), une diminution des mouvements actifs fœtaux (N=1), la présence d'un trouble psychiatrique ayant nécessité une hospitalisation en fin de grossesse (N=1), et une pelvimétrie considérée comme défavorable malgré des indices de Magnin et de Borell satisfaisants (N=1).

III.Motifs de césariennes en cas de souhait maternel initial de voie basse

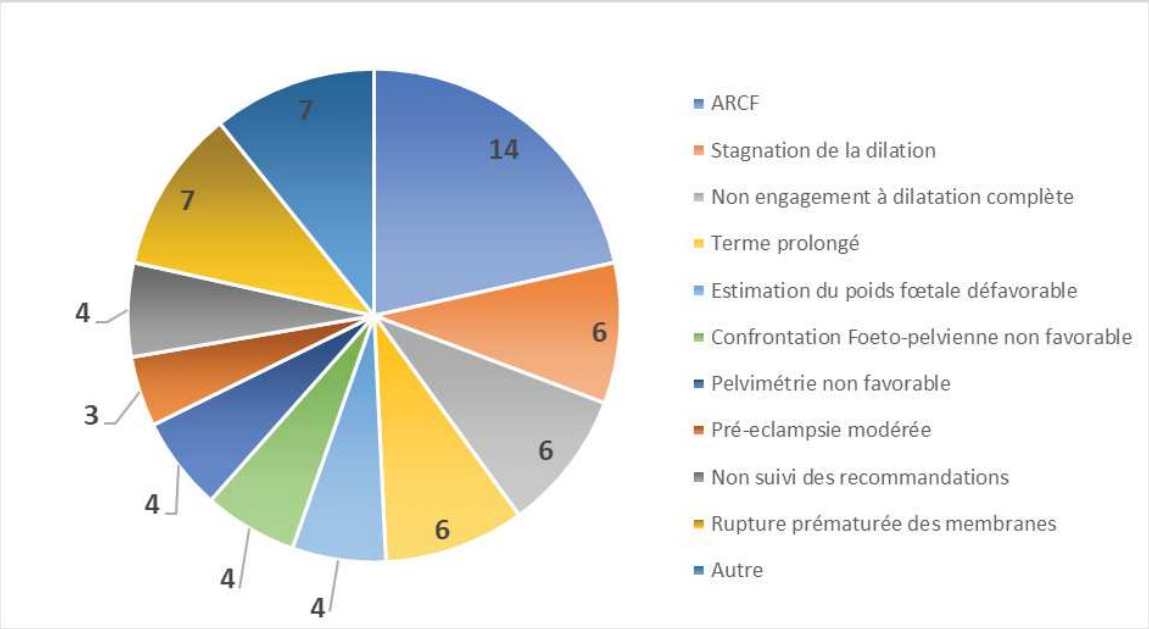


Figure 2 : Motifs de césariennes des patientes initialement désireuses d'une voie basse

Sur les 127 femmes désireuses d'un accouchement par voie basse, 65 ont finalement eu une césarienne, soit 51,2 % (figure 2). Dans 23 cas, la voie basse a été refusée d'emblée, principalement pour estimation de poids fœtal défavorable, confrontation fœto-pelvienne non favorable et pelvimétrie non favorable.

Dans 4 cas, les recommandations internes n'ont pas été suivies. Une patiente a été césarisée pour rupture spontanée des membranes supérieure à 12h, une autre pour absence de radiopelvimétrie à 36+6 SA après mise en travail spontanée, une troisième pour bassin considéré comme non favorable malgré des indices de Magnin de Borrel satisfaisants, et la dernière a été césarisée à 39 SA pour terme.

Dans la catégorie « autre », les motifs de césariennes évoqués étaient les suivants : oligoamnios (N=1), anamnios (N=1), diamètre bi-pariétal fœtal supérieur à 100mm

(N=2), cholestase gravidique (N=1), diminution des mouvements actifs fœtaux (N=1) et arrêt de la progression de la présentation en partie haute (N=1).

IV.Respect du protocole interne des HUS

IV.1.Apport de la radiopelvimétrie dans la décision médicale

Cent-quatre-vingt-sept femmes, soit 63,6 %, ont bénéficié d'une radiopelvimétrie. Pour 17 % d'entre elles, les valeurs n'étaient pas en faveur d'une voie basse. La voie d'accouchement selon la radiopelvimétrie est rapportée dans la figure 3.

Parmi les 7 accouchements par voie basse sans radiopelvimétrie : 5 patientes ont accouché avant 37 SA, une patiente était multipare, et une femme avait un antécédent d'accouchement voie basse par le siège.

Concernant les patientes avec une radiopelvimétrie non favorable à la voie basse, 3 ont finalement accouché par voie basse et 3 avaient une autorisation médicale d'épreuve du travail.

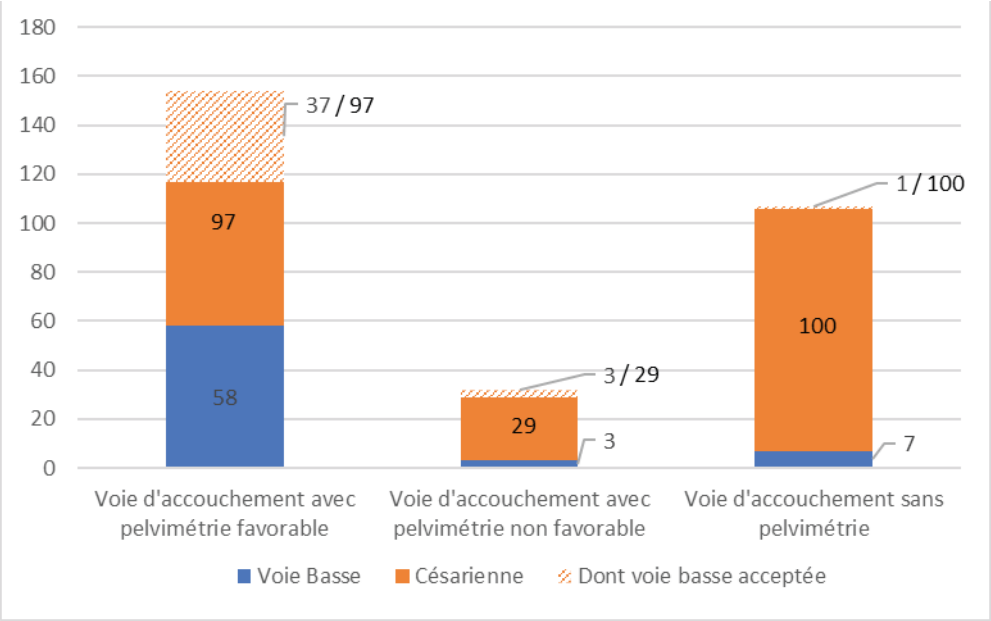


Figure 3 : Voie d'accouchement en fonction de la radiopelvimétrie

IV.2.Apport de la confrontation fœto-pelvienne sur la décision médicale

Dans 5 cas, une voie basse a été acceptée par l'équipe médicale alors que les résultats étaient non favorables, 2 femmes ont eu un accouchement par voie basse et les 3 autres une césarienne en cours de travail (figure 4).

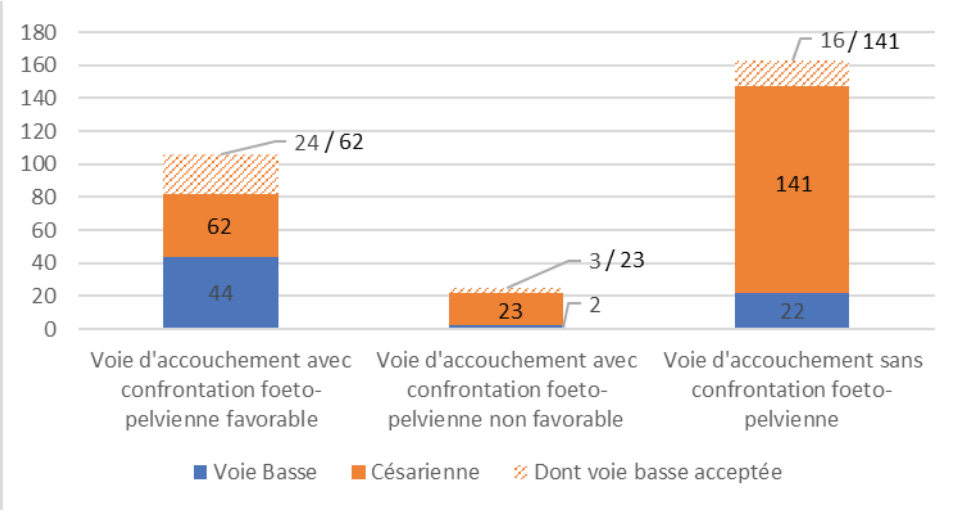


Figure 4 : Voie d'accouchement selon la confrontation fœto-pelvienne

IV.3.Respect des recommandations sur l'estimation de poids fœtal

En post-partum, 5 enfants sont nés par voie basse avec un poids inférieur à 2500g et 4 avec un poids supérieur à 3800g. Dans 4 de ces situations, l'estimation du poids fœtal était en faveur de la réalisation d'une césarienne.

A contrario, 9 césariennes ont été effectuées sur estimation de poids fœtal, dont 3 avec des poids de naissance satisfaisants (3415g, 3700g et 3720g).

V.Comorbidités néonatales selon la voie d'accouchement

Nous avons également analysé les valeurs des pH artériels, veineux, et des lactates prélevés à la naissance selon qu'il s'agissait d'une césarienne ou d'une tentative de voie basse ; ainsi que la réalisation de gestes de réanimation allant de la ventilation au masque à l'intubation et au massage cardiaque. La moyenne des pH artériels chez les nourrissons nés par césarienne est de 7,25 contre 7,18 pour les

accouchements par voie basse. La moyenne des pH veineux était réciproquement de 7,34 versus 7,30 ; et pour les lactates 2,65 mmol/l versus 4,63 mmol/l. Quarante-trois nouveau-nés ont nécessité une réanimation : 29,4 % après passage par voie basse, 24 % à la suite d'une césarienne en cours de travail et 8,4 % après une césarienne en dehors du travail. Aucun décès néonatal n'a été constaté.

VI.Information des patientes

Nous avons ensuite comparé le choix de la voie d'accouchement des patientes en fonction de leur mode de suivi, c'est à dire suivi réalisé en hospitalier ou en libéral (tableau III). Sur 294 femmes, 104 étaient suivies par un professionnel hospitalier, 190 par un professionnel libéral. Sur les 104 patientes suivies en hospitalier, 48 (soit 46,2 %) désiraient accoucher par voie basse et 41 (soit 39,4 %) par césarienne. Pour celles suivies en libéral, 79 (soit 41,6%) désiraient une voie basse et 88 (soit 46,3%) une césarienne.

Tableau III : Choix des patientes en fonction de leur mode de suivi

Choix des patientes	Mode de suivi		Total
	Hospitalier (N)	Libéral (N)	
Voie basse	48 (46,2 %)	79 (41,6%)	127
Césarienne	41 (39,4%)	88 (46,3%)	129
Décision Médicale	8 (7,7%)	12 (6,3%)	20
Pas de conduite à tenir	7 (6,7%)	11 (5,8%)	18
Total	104	190	294

Le suivi de grossesse des patientes était réalisé par une sage-femme, un gynécologue-obstétricien, un gynécologue médical ou d'autres professionnels (médecin généraliste, Protection maternelle et infantile, permanence d'accès aux soins de santé « La Boussole ») (tableau IV). Parmi les patientes suivies par une sage-femme, 30 désiraient un accouchement par voie basse et 32 désiraient une césarienne. Pour celles suivies par un gynécologue-obstétricien, 86 souhaitaient un accouchement par voie basse et 86 une césarienne.

Tableau IV : Choix des patientes en fonction du type de praticien ayant suivi la grossesse

Choix des patientes	Praticien ayant réalisé le suivi				Total
	Sage-femme (N)	Gynécologue-ostétricien (N)	Gynécologue médical (N)	Autre professionnels (N)	
Voie basse	30	86	7	4	127
Césarienne	32	86	10	1	129
Décision Médicale	3	16	0	1	20
Pas de conduite à tenir	5	13	0	0	18
Total	70	201	17	6	294

De plus, une proportion identique de nullipares et de primipares et multipares était désireuse d'une voie basse, soit 43 %. Mais seulement 42,9 % de ces nullipares ont finalement accouché par voie basse contre 60,5 % des primipares et multipares.

A propos de l'information délivrée lors de la consultation de surveillance intensive de grossesse permettant l'élaboration de la conduite à tenir, 58% des dossiers ont été considérés comme complets.

Discussion

I.Respect du protocole interne des HUS

Ce travail évalue le respect du protocole interne des HUS concernant l'accouchement du siège.

Dans la majorité des cas, les recommandations ont été suivies. En effet, lorsque la patiente désirait une voie basse, la décision médicale de césarienne était en accord avec le protocole interne en vigueur au sein des HUS dans environ 94 % des situations.

Parmi le corps médical, de nombreuses divergences existent concernant les critères d'acceptabilité d'un accouchement voie basse sur un fœtus en présentation podalique. C'est la raison pour laquelle, malgré l'existence d'un protocole interne, la décision finale est laissée à l'appréciation du chef de garde concernant des critères non consensuels.

En effet, 3 césariennes ont été réalisées pour diamètre bi-pariétal fœtal supérieur à 100mm. Ce critère, isolé (sans la présence d'une confrontation fœto-pelvienne défavorable), ne fait pas partie du protocole interne des HUS contrairement à de nombreux autres CHU (12). En 2001, une étude rétrospective, portant sur 146 naissances en présentation podalique, a même rapporté en objectif secondaire une augmentation du taux de césariennes pendant le travail en lien avec le diamètre bi-pariétal chez les patientes primipares avec un fœtus en siège complet (7).

De plus, certaines césariennes ont été réalisées pour oligo-anamnios, diminution des mouvements actifs fœtaux, rupture prématurée des membranes, ou encore dépassement de terme. Ces indications sont généralement celles d'un déclenchement du travail. Plusieurs études sur l'induction du travail en cas de siège ont été réalisées en France. Elles semblent montrer qu'il n'y a pas de différence de la morbi-mortalité néonatale entre le groupe des patientes en travail spontané et celui des patientes avec une induction du travail (13,14). Ces résultats sont confirmés par une méta-analyse, publiée en mars 2018, incluant près de 3000 patientes (15). Cette pratique n'est cependant pas recommandée par le CNGOF, elle n'est donc pas pratiquée aux HUS.

I.1.Apport de la radiopelvimétrie dans la décision médicale

Concernant les femmes pour lesquelles aucune conduite à tenir n'avait été établie avant leur mise en travail, 8 ont eu une césarienne pour absence de radiopelvimétrie. Actuellement ce chiffre serait peut-être moindre car, depuis 2017, les patientes peuvent bénéficier d'une imagerie pelvienne en urgence lorsqu'elles se présentent à la maternité en début de travail.

D'autant plus que, pour 4 patientes (3 sans conduite à tenir et 1 avec un désir initial de voie basse), l'accouchement par césarienne, sans radiopelvimétrie, est survenu avant 37 SA ; l'accouchement par voie basse sans imagerie étant considéré comme acceptable au sein des HUS à ce terme. Cependant dans la littérature, l'accouchement du siège sans imagerie pelvienne avant 37 SA n'a fait l'objet d'aucune étude. Dans notre étude, les nourrissons nés sans radiopelvimétrie avant 37 SA, et sans autre indication de césarienne, ne présentaient pas de comorbidités néonatales majeures à la naissance. Ils n'ont bénéficié d'aucune réanimation et les scores d'Apgar à 5 minutes étaient à 10/10.

En ce qui concerne les 3 cas d'accouchement par voie basse avec une radiopelvimétrie non favorable, les situations étaient les suivantes :

Pour le premier cas, il s'agissait d'une patiente 2e pare présentant une radiopelvimétrie limite avec des indices de Magnin et de Borell respectivement à 22,27cm et à 31,47cm. L'échographie réalisée à 37 SA estimait le poids fœtal à 2860g. La confrontation fœto-pelvienne était favorable. En accord avec le protocole, la voie basse a été acceptée au vu de la confrontation fœto-pelvienne favorable. L'accouchement a eu lieu à 38 SA + 4 jours. Le nouveau-né pesait 2770g. Il a bénéficié de gestes de réanimation durant 2 minutes, ses scores d'Apgar à 1 et 5 minutes étaient égaux à 7 et 10, et son pH artériel à 7,28.

Pour le second cas, il s'agissait d'une patiente primipare présentant une radiopelvimétrie pathologique au niveau du détroit inférieur avec des indices de Magnin et de Borell respectivement à 23 cm et à 29,5 cm. L'échographie réalisée à 36 SA + 4 jours estimait le poids fœtal à 2615g. La confrontation fœto-pelvienne n'a

pas été réalisée. La voie basse a été acceptée suite à l'examen clinique du bassin jugé acceptable par un médecin senior. La naissance a eu lieu à 40 SA + 3 jours avec une épisiotomie. L'enfant allait bien, il n'a pas eu de réanimation : son poids était de 2620g, ses Apgar étaient de 7 puis 10 à 1 puis 5 minutes, son pH artériel à 7,09.

Pour le troisième cas, il s'agissait d'une patiente 2e pare présentant une radiopelvimétrie avec un indice de Magnin favorable et un Borell douteux. L'échographie, jugée difficile à 40 SA, estimait le poids fœtal à 2870g. La confrontation fœto-pelvienne n'a pas été réalisée. L'accouchement est survenu à 41 SA, il a nécessité une épisiotomie et l'utilisation de forceps pour rétention de tête dernière, et le dossier indique une extraction difficile. Cependant à la naissance, cet enfant n'a pas eu de réanimation. Son poids était de 3770g. L'Apgar était à 10 à 5 minutes de vie. Il avait un pH artériel à 7,19.

Ces situations nous indiquent bien que les examens complémentaires, comme la radiopelvimétrie, ne sont que des aides à la décision médicale. Ils ne doivent pas faire négliger l'aspect clinique. Toutefois, ils ont leur importance car une radiopelvimétrie non favorable n'est pas un élément rare dans la population, cela représente 17 % des femmes dans notre étude. Et comme l'illustre la troisième situation, une radiopelvimétrie défavorable peut être prédictive d'une extraction difficile.

I.2.Apport de la confrontation fœto-pelvienne sur la décision médicale

L'apport de la confrontation fœto-pelvienne sur la décision médicale est difficile à évaluer avec les données recueillies dans notre étude. Effectivement, quand cette donnée n'apparaissait pas dans le dossier, elle était calculée par nos soins dès que possible. Nous ne savons donc pas si cette information est systématiquement prise en compte par l'équipe médicale pour l'acceptation d'une voie basse.

Ce critère semble toutefois être un facteur de bon pronostic en faveur de la voie basse. Une étude réalisée à l'hôpital Jeanne de Flandre, à Lille, a montré une

augmentation du taux d'accouchement du siège par voie basse sans augmentation des complications néonatales, après la mise en place d'un protocole incluant les mêmes critères de confrontation fœto-pelvienne que les HUS (16).

I.3.Respect des recommandations sur l'estimation de poids fœtal

Dans 4 cas, il y a eu un accouchement voie basse alors que l'estimation de poids fœtal était hors recommandations.

Le premier cas correspond à une patiente 2ème pare présentant une radiopelvimétrie jugée favorable. L'échographie réalisée à 39 SA + 6 jours estimait le poids fœtal à 3890g. Aucune confrontation fœto-pelvienne n'a été réalisée. L'accouchement a eu lieu à 41 SA + 1 jour. L'enfant pesait 4570g. Il n'a pas eu de rétention de tête dernière ni de geste de réanimation. Son score d'Apgar était à 10 à 1 et 5 minutes de vie et son pH artériel à 7,29.

Nous supposons, dans ce cas, que la voie basse a été acceptée au vu des difficultés de réalisation des mesures échographiques en lien avec le terme et la présentation podalique elle-même. De plus, la multiparité a certainement été un facteur favorable à la décision médicale d'une voie basse.

Pour la deuxième situation, il s'agissait d'une patiente en début de travail à 35 SA et 1 jour (radiopelvimétrie non réalisée). L'échographie effectuée à 34 SA + 3 jours estimait le poids fœtal à 2250g. La patiente a donné naissance à un enfant pesant 2330g. Il a été intubé devant un Apgar à 1 à 1 minute et à 6 à 5 minutes de vie. Son pH artériel était de 7,15.

La troisième situation concerne une patiente en début de travail à 36 SA (radiopelvimétrie non réalisée). L'échographie effectuée à 35 SA estimait le poids fœtal à 2260g. Cette femme a accouché d'un enfant pesant 2180g. Il n'a eu besoin d'aucun geste de réanimation. Son score d'Apgar était à 8 puis 10 à 1 puis 5 minutes de vie. Il avait un pH artériel à 7,14.

Dans le dernier cas, la patiente avait une radiopelvimétrie jugée favorable. L'échographie réalisée à 34 SA retrouvait un RCIU au 4e percentile avec une estimation de poids fœtal à 1960g. Cette femme a accouché à 37 SA + 5 jours d'un enfant, pesant 2290g, ayant nécessité une ventilation au masque au vu du score d'Apgar à 1 à 1 minute de vie puis à 9 à 5 minutes. Son pH artériel était égal à 7,11. On peut se poser la question de l'absence d'échographie de contrôle à 37 SA devant le tableau de RCIU.

Dans ces trois cas, nous supposons que la décision d'accouchement par voie basse soit en lien avec la marge d'erreur échographique de 10 à 15 % concernant l'estimation de poids fœtal.

Ces cas isolés plaident en faveur de la réalisation d'accouchement par voie basse pour des fœtus de moins de 2500g. Cette recommandation de poids est certainement trop restrictive. En outre, elle semble arbitraire. En effet, cette recommandation établie par le CNGOF n'est pas argumentée : deux ans auparavant il indiquait qu'en cas de présentation du siège chez un fœtus de faible poids, « aucun argument décisif ne plaide pour une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (NP4). Il n'existe donc actuellement aucune restriction spécifique portant sur le poids ou le terme de naissance pouvant justifier la pratique systématique d'une césarienne (NP5) » (17). Il serait donc intéressant de réaliser une étude spécifique portant sur ce sujet, en comparant, sur un échantillon plus important, l'état néonatal des nourrissons nés par voie basse en présentation du siège avec un poids inférieur à 2500g à ceux nés avec un poids compris dans les recommandations, à des termes comparables.

De plus, en 2016, les recommandations du CNGOF sur la prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences stipulaient que « les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre pour l'accouchement prématuré d'un enfant en présentation du siège (accord professionnel) » (18).

Donc sur l'ensemble des 294 dossiers analysés, nous retrouvons 14 dossiers, soit seulement 5 %, ne respectant pas le protocole interne actuel.

II.Comorbidités néonatales selon la voie d'accouchement

Dans notre étude, la voie d'accouchement n'a pas eu de conséquences sur les valeurs du pH artériel, du pH veineux et des lactates. En effet, aucune différence clinique notable n'est retrouvée.

Concernant les gestes de réanimation effectués chez les nouveau-nés, bien que les pourcentages soient plus importants concernant ceux nés par voie basse et ceux nés par césarienne en cours de travail (29,4 % et 24,0%), une prise en charge adaptée est systématiquement mise en place grâce à la présence d'un pédiatre lors des accouchements par le siège. Aucun décès néonatal n'a d'ailleurs été constaté.

Sur les 14 dossiers ne respectant pas le protocole interne des HUS, les comorbidités néonatales n'étaient pas majorées. La formation médicale au sein des HUS peut donc être considérée comme adaptée et la marge de manœuvre laissée au corps médical, dans la prise en charge des présentations podaliques, considérée comme acceptable.

III.Information des patientes

Concernant le choix de la voie d'accouchement par les patientes, un test de comparaison de proportion (test z) n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative en fonction du suivi hospitalier ou libéral.

Ainsi, notre hypothèse de départ s'avère fausse. Nous supposions que, sous l'influence de l'information délivrée, les femmes suivies par une sage-femme seraient plus susceptibles d'opter pour la voie basse et celles suivies par un gynécologue d'opter pour une césarienne. Il s'avère en fait qu'une proportion quasi-identique de patientes suivies par une sage-femme désirait une voie basse ou une césarienne. Il en est de même pour les patientes suivies par un gynécologue-obstétricien.

De plus, la grande majorité des sages-femmes et des gynécologues exerçant en cabinet de ville ont été initialement formés aux HUS. Ils connaissent donc les informations qui y sont données et le protocole interne. On peut donc supposer qu'ils ont informé leurs patientes avant leur rendez-vous à l'hôpital leur permettant probablement d'initier une réflexion.

En outre, la parité n’affectait pas non plus le choix maternel initial de la voie d’accouchement. Si la multiparité est un facteur de bon pronostic concernant la réussite de l'épreuve du travail lors d'une présentation podalique, la nulliparité ne doit pas être un facteur de contre-indication à la voie basse, comme cela est le cas dans certains autres centres hospitaliers universitaires (CHU) (12). En effet 42,9 % des femmes nullipares ont accouché par voie basse, sans que cela ne génère de complications spécifiques.

De plus, aucune femme ne s'est opposée à la césarienne après qu'une indication médicale ait été posée. Ce qui nous permet de supposer que l'information du pré-partum est bien délivrée et bien comprise.

Cependant, à l’exception de 2 patientes, lorsque les femmes désiraient une césarienne, l'information de seconde ligne, réalisée lors de la consultation en surveillance intensive de grossesse aux HUS, ne les a pas fait changer d'avis sur cette décision. L'information, même bien délivrée, n'a donc pas permis de rassurer ces patientes à propos de leurs angoisses.

On peut aussi supposer que le personnel médical est un peu plus compliant face à un désir initial de césarienne vis à vis du poids du médico-légal actuel. En effet les décisions médico-légales sont généralement en faveur de l'extraction par voie haute malgré l'absence de recommandations en ce sens.

Un risque médico-légal a d'ailleurs clairement été identifié dans notre étude concernant la traçabilité de l'information délivrée. En effet malgré des critères de considération larges, seuls 58 % des dossiers ont été remplis de manière complète. Ce risque serait facile à réduire en informant de nouveau le personnel médical de la

nécessité de cette traçabilité. La création d'une fiche médicale spécifique pour les présentations du siège à terme, dans l'outil informatique DIAMM®, incluant toutes les informations à délivrer pourrait également améliorer la traçabilité. Il serait aussi possible, en plus de la discussion avec la patiente, de distribuer une fiche d'information comme cela existe pour la version par manœuvre externe, et existe dans d'autres établissements (ANNEXE II à IV) ; puis de le mentionner dans le dossier.

IV.Axes d'amélioration

Il s'agit d'une étude rétrospective avec un recueil de données à partir de dossiers, ceci constitue un biais d'information et un niveau de preuve inférieur à celui d'une étude prospective ou randomisée.

Au cours de la rédaction de ce travail, nous nous sommes aperçus que des données supplémentaires auraient été intéressantes afin de compléter nos propos.

- Connaître la proportion de dossiers pour laquelle nous avons calculé nous-mêmes la confrontation fœto-pelvienne aurait pu nous donner une idée plus précise de son utilisation par les professionnels.
- Différencier les dossiers incluant une retranscription complète de l'information délivrée aux patientes de ceux mentionnant uniquement « discussion sur la voie d'accouchement », ainsi que répertorier les informations le plus souvent manquantes, nous aurait peut-être permis d'émettre de meilleures suggestions concernant l'amélioration de la traçabilité de l'information.

Conclusion

L'accouchement du siège reste un sujet controversé. Ce travail nous a permis d'analyser les pratiques en vigueur au sein des HUS. Dans la majeure partie des cas, soit dans 95 % des dossiers, le protocole interne est bien respecté. En cas de non-respect du protocole, laissé à l'appréciation du clinicien, nous n'avons pas objectivé de majoration des comorbidités néonatales. Cela laisse entrevoir la possibilité d'élargir les critères d'acceptabilité de voie basse dans les présentations du siège (estimation de poids fœtal moins restrictive et calcul systématique de la confrontation foeto-pelvienne). De plus, les dernières études seraient en faveur du déclenchement en cas de présentations podaliques. Cela pourrait réduire de façon significative le taux de césariennes lors d'accouchements du siège.

Enfin, nous avons identifié un problème de traçabilité de l'information délivrée en pré-partum et ceci malgré des enjeux médico-légaux importants. Seulement 58% des dossiers présentaient une trace écrite de l'information délivrée en pré-partum considérée comme complète. Des éléments simples pourraient être mis en œuvre pour améliorer cette traçabilité (perfectionnement de l'outil informatique DIAMM®, remise à la patiente d'une fiche pré-remplie).

Bibliographie

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. The Lancet. 21 oct 2000;356(9239):1375-83.

2. Goffinet F, Blondel B, Bréart G. Questions posées par un essai contrôlé de Hannah et coll. sur la pratique systématique d'une césarienne en cas de présentation du siège. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mars 2001;30(2):187.

3. Carbonne B, Goffinet F, Bréart G, Frydman R, Maria B, Uzan S. Voie d'accouchement en cas de présentation du siège : la position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mars 2001;30(2):191.

4. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol. 1 avr 2006;194(4):1002-11.

5. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 1 janv 2016;123(1):49-57.

6. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : Césarienne : conséquences et indications (2000) Note sur les Niveaux de preuve scientifique (NP). 2000.

7. Descargues G, Doucet S, Mauger-Tinlot F, Gravier A. Influence du mode de la présentation dans l'accouchement du siège chez la primipare à terme sélectionnée. 2001;30:10.

8. Broche D-E, Riethmuller D, Vidal C, Sautière J-L, Schaal J-P, Maillet R. Pronostic obstétrical et néonatal d'une présentation podalique de mauvaise réputation : le siège complet. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2005;34(8):781-8.

9. LOI n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. mars 4, 2002.

10. Lagrange E, Halden MA der, Ughetto S, Boda C, Accoceberry M, Neyrat C, et al. Accouchement du siège par voie vaginale : évolution de l'acceptabilité par les obstétriciens et les patientes. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2007;35(9):757-63.

11. Massoud M, Duyme M, Fontanges M, Combourieu D. Courbe d'estimation de poids fœtal 2014 par le Collège français d'échographie fœtale (CFEF). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. janv 2016;45(1):80-5.

12. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D. Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2009;38(5):411-20.

13. Marzouk P, Arnaud E, Oury J-F, Sibony O. Induction du travail et présentation du siège : expérience de la maternité de l'hôpital Robert-Debré, Paris. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2011;40(7):668-74.

14. Jarniat A, Eluard V, Martz O, Calmelet P, Calmelet A, Dellinger P, et al. Induced labour at term and breech presentation: Experience of a level IIB French maternity. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 1 sept 2017;46(7):597-600.

15. Sun W, Liu F, Liu S, Gratton S-M, El-Chaar D, Wen SW, et al. Comparison of outcomes between induction of labor and spontaneous labor for term breech – A systemic review and meta analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1 mars 2018;222:155-60.

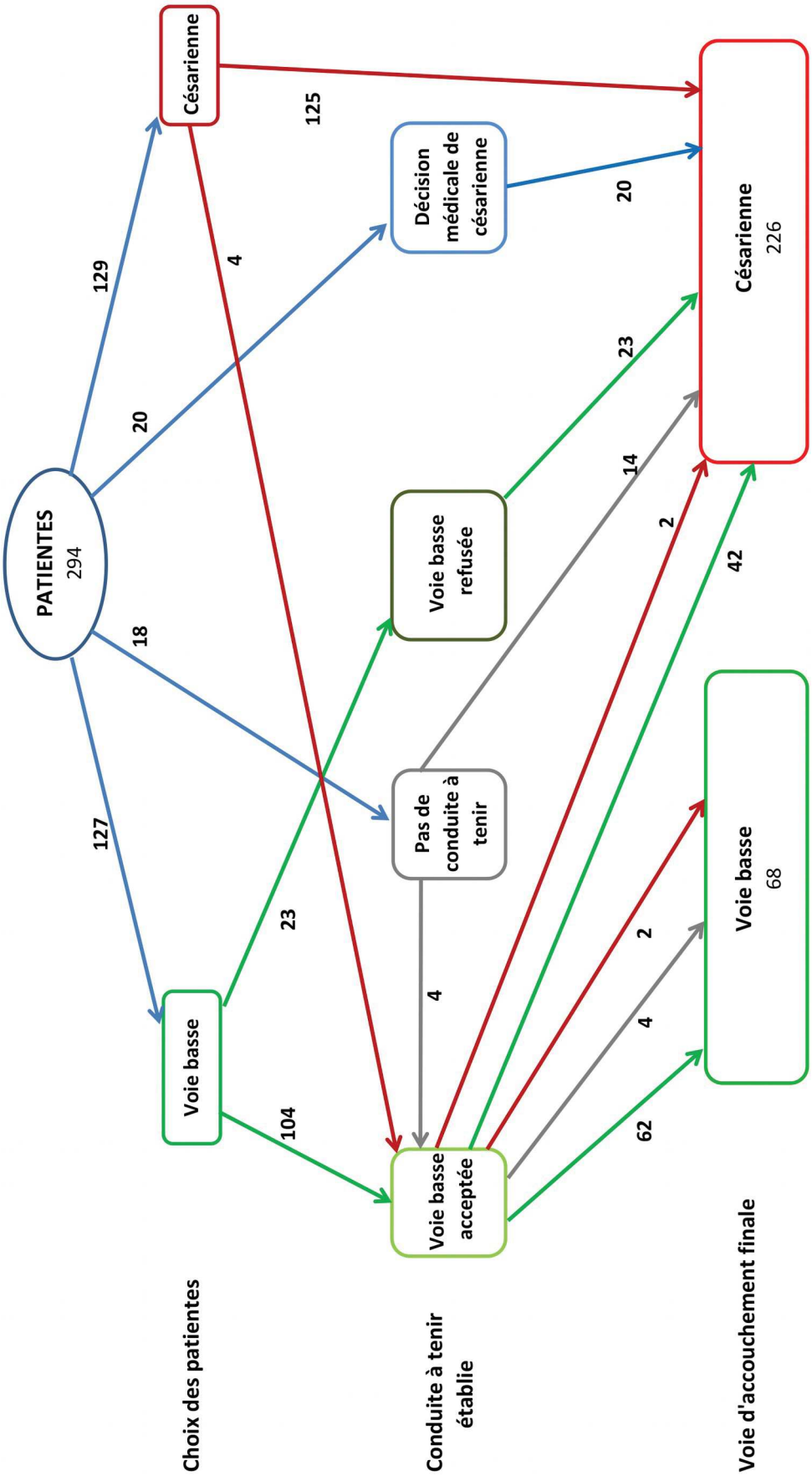
16. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Ego A, Subtil D, et al. Evaluation of a decision protocol for type of delivery of infants in breech presentation at term. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. oct 2011;158(2):194-8.

17. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandation pour la pratique clinique : Modalités de naissance des enfants de faible poids. 1998.

18. Collège national des gynécologues et, obstétriciens français. Recommandation pour la pratique clinique : Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquence (hors rupture des membranes). 2016.

Annexes

ANNEXE I : Choix des patientes, décision médicale et voie d'accouchement finale



SIÈGE
Fiche d'information *

*** Cette fiche présente des informations générales et ne se substitue en aucun cas à la décision du médecin qui aura en charge votre grossesse et votre accouchement.**

Qu'est ce que la présentation du siège ?

Au 9ème mois, près de 4% des fœtus sont en présentation du siège, cela signifie que la tête de votre enfant est en haut, et le siège en bas. On distingue :

la présentation du siège "mode des pieds" (siège complet fig A)

A. siège complet (en tailleur)

et la présentation du siège "mode des fesses" (fig B)

B. siège décomplété mode des fesses

Quelle surveillance PENDANT LA GROSSESSE ?

La surveillance est la même que si la présentation est céphalique (tête en bas).
Une version par manœuvre externe destinée à orienter en douceur la tête du fœtus vers le bas peut vous être proposée en fin de grossesse, si aucune contre indication n'existe.

Quel mode d'accouchement en cas de présentation du siège ?

Si votre enfant se présente en siège, rien ne s'oppose formellement à un accouchement par les voies naturelles mais certaines conditions doivent être respectées. Les conditions les plus favorables pour un accouchement par les voies naturelles ont été définies par un comité d'experts (Collège national des Gynécologues obstétriciens Français) :

- Radiopelvimétrie normale,
- Flexion normale de la tête foetale,
- Estimation du poids de votre enfant à terme entre 2500 et 3800 grammes,
- Siège décomplété mode des fesses,
- Votre accord, car il est indispensable de pouvoir compter sur votre coopération lors de la phase d'expulsion

Comment va se dérouler l'accouchement si je choisis d'accoucher par les voies naturelles?

- Le travail sera surveillé attentivement comme pour toute autre patiente.
- Une analgésie péridurale est tout à fait possible et même recommandée.
- La dilatation du col devra être régulière et harmonieuse.
- Au cours de l'accouchement, une césarienne sera pratiquée si les circonstances l'exigent.

SIÈGE
Fiche d'information

Avantages et inconvénients de l'accouchement par césarienne systématique ?

- **Avantages** :

La césarienne systématique évite la réalisation d'une césarienne imprévue pendant le travail, et diminue considérablement, sans les faire disparaître totalement, les risques de lésions traumatiques pouvant survenir lors d'un accouchement par les voies naturelles.

- **Inconvénients :**

La césarienne est une intervention chirurgicale qui comporte pour vous des risques supérieurs à ceux d'un accouchement normal (infection, hémorragie, phlébite…).

Les douleurs post opératoires peuvent persister plusieurs semaines.

Lors de votre prochaine grossesse, l'existence d'une cicatrice sur votre utérus expose à un risque de rupture de la cicatrice utérine (1% des cas), ce qui peut entraîner une hémorragie maternelle et beaucoup plus rarement un risque vital pour le bébé (1 cas sur 1 000).

Ce choix du mode d'accouchement par les voies naturelles ou par césarienne peut être discuté jusqu'au terme, date à laquelle la situation obstétricale sera de nouveau analysée, surtout s'il existe d'autres facteurs de risque.

De toute façon, le choix du mode d'accouchement est déterminé conjointement par la patiente et par son médecin accoucheur. C'est pourquoi nous conseillons aux patientes dont l'enfant se présente en siège de consulter assez vite leur médecin accoucheur pour aborder ce type de discussion.

.

Où puis-je obtenir plus de renseignements ?

Votre médecin représente le meilleur interlocuteur
et la meilleure source d'information par rapport à votre cas particulier.

Faites lui part de votre désir ou de vos questions.

ANNEXE III : Fiche d'information destinée aux femmes enceintes « la version par manœuvre externe (VME) et l'accouchement par le siège » – Groupe hospitalier de la Pitié Salpetrière

GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE
Service de gynécologie Obstétrique
Professeur M DOMMERGUES

Fiche d'information destinée aux femmes enceintes la version par manœuvre externe (VME) et l'accouchement par le siège.

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Une présentation du siège a été diagnostiquée après 34 semaines d'aménorrhée (7 mois et demi). Votre médecin ou votre sage-femme vous a proposé de modifier la position de votre bébé par une version par manœuvres externes.

Qu'est-ce qu'une version par manœuvres externes ?
La version par manœuvres externes consiste à retourner un bébé qui se présente par le siège (fesses en bas) ou en position transversale pour lui amener la tête en bas, dans la position habituelle pour l'accouchement.
La version se fait par mobilisation de votre bébé à travers votre paroi abdominale. Après vérification de la position de l'enfant (par palpation et par échographie), les mains du praticien aident, par une rotation douce, le bébé à se retourner tête en bas.

Quel est l'intérêt d'une version ?
Au moment de la naissance, près de 5 % des enfants sont en présentation du siège. Ce type de présentation aboutit à un recours plus fréquent à la césarienne.
C'est pourquoi la version par manœuvres externes peut être proposée, en général à partir de la 36e semaine. Son taux de succès est d'environ 50 %.
Ce geste peut être inconfortable pour la mère et n'est pas douloureux pour l'enfant.

Y a-t-il des risques ou inconvénients à pratiquer une version?
La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.
La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager. Si vous ressentez une douleur, il faut la signaler au praticien.
Exceptionnellement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance.
Encore plus exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter d'extraire rapidement le bébé par césarienne.

Déroulement pratique de la version
La version ne nécessite pas d'hospitalisation.
La version est précédée du contrôle de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal.
Le geste consistant à mobiliser votre bébé ne dure lui-même que quelques minutes ; une bonne coopération de votre part est nécessaire afin d'obtenir un bon relâchement de votre abdomen qui facilitera cette version.
Un contrôle du rythme cardiaque fœtal est effectué.
En cas de groupe rhésus négatif, il sera nécessaire de vous faire une injection intraveineuse d'immunoglobulines anti D.
Après la version, le retour à domicile se fait le jour même.
La position de l'enfant sera vérifiée lors de votre prochaine consultation
Comme pour toute femme enceinte, en cas de survenue de symptômes (contractions, perte des eaux, saignements, entre autres), il convient de consulter à la maternité sans délai.

Après la version
En cas de succès, vos chances d'accoucher naturellement redeviennent celles d'une présentation de l'enfant dans la position habituelle (tête en bas).

ACCOUCHEMENT EN CAS DE PRESENTATION DU SIEGE

Si la version par manœuvre externes n'a pas permis de modifier la position de l'enfant, ou était contre indiquée, le médecin évaluera avec vous les chances de succès d'un accouchement par les voies naturelles en prenant en compte le déroulement d'éventuels accouchements antérieurs, les mesures de votre bassin au scanner, les données de l'échographie (position exacte, estimation de poids, mesures de la tête de l'enfant).
Dans certains cas, une césarienne est nécessaire (gros enfant, bassin rétréci, césarienne lors d'une grossesse antérieure, problèmes de santé interdisant les efforts de poussée…). Elle sera alors programmée par votre médecin.
Dans les autres cas un accouchement naturel est possible, sous réserve qu'une nouvelle évaluation à entre 40 et 41 semaines confirme que l'enfant n'est pas trop gros.
Dans les situations ou les conditions d'un accouchement naturel sont réunies, votre choix est déterminant :

- vous pouvez choisir une césarienne programmée
- vous pouvez choisir un accouchement par les voies naturelles

Césarienne programmée :
Avantages : prévention possible de certains traumatismes au moment de l'accouchement, mais pas de différence à long terme sur la santé des enfants. Date prévue le plus souvent.
Inconvénient : douleur dans les jours qui suivent la naissance, hospitalisation plus longue, cicatrice sur l'utérus qui augmentera légèrement les risques lors des grossesses suivantes (césarienne, hémorragie, rupture de l'utérus). La césarienne ne met pas à l'abri de tous les traumatismes pour l'enfant.

Accouchement par les voies naturelles
Avantage : Pas de conséquence sur les futures grossesses. Pas de cicatrice sur le ventre, hospitalisation plus courte.
Inconvénient : Episiotomie fréquente. Augmentation possible du risque de complication chez l'enfant, mais les données de la littérature scientifique sont contradictoires. Possibilité d'une césarienne en cours de travail (environ une fois sur deux), ou après le terme de 41 semaines, si vous n'avez pas accouché.
Comment choisir
Chaque méthode a des avantages et des inconvénients. Votre point de vue est très important pour la décision que vous prendrez en commun avec votre médecin ou votre sage femme.

Différentes positions des fœtus en siège

Siège complet Siège semi-décomplété Siège décomplété

ANNEXE IV : Fiche d'information aux patientes « Présentation du siège » – Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

Centre Olympe de Gouges
HÔPITAL BRETONNEAU
PÔLE DE GYNECOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, MEDECINE FOETALE
ET REPRODUCTION HUMAINE

Chirurgiens : Pr G.Body, Pr H. Marret, Pr F.Perrotin
Dr O. Acker, Dr M. Chevillot, Dr Y. Harchaoui, Dr A. Jacquet, Dr J. Potin

Fiche d'information aux patientes

Présentation du siège

Madame,

Votre futur enfant se présente à l'approche du terme en présentation «**du siège**». Cela signifie qu'il n'est pas dans la position la plus habituelle «la tête en bas» encore appelée «céphalique» mais au contraire «la tête en haut».

Céphalique Siège

Pourquoi en est-il ainsi ?

Durant la plus grande partie de la grossesse les bébés sont positionnés «la tête en haut». C'est pour cette raison qu'un accouchement par le siège est plus fréquent lors d'une naissance prématurée.
A l'approche du terme le bébé effectue une rotation appelée «version spontanée» l'amenant à se placer «la tête en bas» en vue de l'accouchement.
Toutefois, **3 à 4% des bébés** restent en présentation du siège à l'approche du terme. Les raisons en sont multiples, liées à la forme de l'utérus, à la position du placenta, à la présence d'un fibrome, à la quantité de liquide amniotique ou en cas de grossesse multiple. Souvent aucune cause précise n'est retrouvée.

L'accouchement est il possible ?

Dans cette présentation, la naissance par les voies naturelles n'est possible que pour 30% des patientes. Le risque de devoir recourir à une césarienne avant le début des contractions est plus grand, car les critères de sécurité à remplir (mensurations du bassin, poids du bébé) sont plus stricts que lors d'une présentation céphalique.
Une grande étude internationale à montré que si ces critères n'étaient pas pris en compte, l'accouchement par les voies naturelles comportait pour l'enfant des risques de mortalité et de complications sévères 3 fois plus importants par rapport à la césarienne systématique.
Une autre étude récente réalisée en France a montré qu'avec les critères de sécurité, le risque d'un accouchement en siège par les voies naturelles n'est pas plus important que celui d'une césarienne systématique.

La césarienne à-t-elle des inconvénients ?

La césarienne est une intervention chirurgicale et présente donc pour vous-même des risques supérieurs à ceux d'un accouchement par les voies naturelles. Les infections et les hémorragies sont plus fréquentes, des douleurs post-opératoires peuvent persister plusieurs semaines et la présence d'une cicatrice au niveau de votre utérus peut venir compliquer la surveillance de votre prochaine grossesse ainsi que l'accouchement.

Que puis-je faire pour aider mon bébé ?

Votre sage-femme ou votre médecin vont vous proposer de réaliser une **version par manœuvres externes (VME)**.

Qu'est-ce que la version par manœuvres externes ?

La version par manoeuvres externes consiste aider votre futur enfant dans son retournement pour lui amener la tête en bas, dans la position habituelle pour un accouchement normal.

La version se fait par mobilisation de votre bébé au travers de votre abdomen par le médecin. Après vérification de la position de l'enfant (par palpation et/ou par échographie), les mains du médecin aident l'enfant à se retourner « la tête en bas».

Quelles sont les chances de réussite ?

La version est utilisée par de nombreuses équipes pour éviter l'accouchement par le siège et/ou la césarienne. La version peut se pratiquer au cours des huitième et neuvième mois. Son taux de succès est de 50 à 60%. Si la première tentative ne réussi pas, une seconde tentative est réalisée une semaine plus tard dont les chances de succès sont encore de 50%.

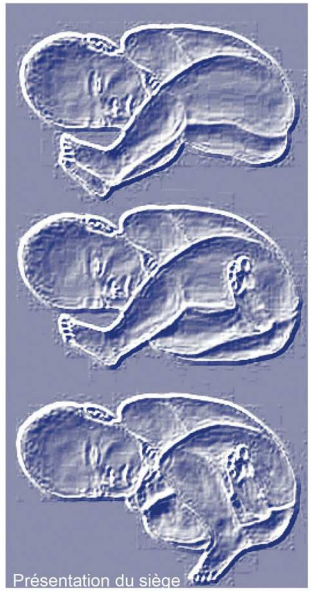
Quels sont les risques ?

La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.
La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager, voire une douleur qu'il faudrait alors signaler à l'accoucheur. Très rarement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance. Exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque foetal peuvent nécessiter d'extraire rapidement le bébé par césarienne (0,4%). Un contrôle du rythme cardiaque foetal sera réalisé avant votre sortie de la maternité après la version

Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

Version par manoeuvres externes

En pratique
•Vous aurez un rendez vous à jeun, à la maternité le jour de la version.
•La version est précédée du contrôle échographique de la présentation et d'un enregistrement du rythme cardiaque foetal
•Un traitement par voie intraveineuse sera mis en place pour faciliter le relâchement de l'utérus. Il peut provoquer une légère accélération de votre fréquence cardiaque.
•La version elle-même ne dure que quelques minutes
•Un contrôle du monitoring ainsi parfois qu'une prise de sang sont effectués ensuite
•Un nouveau contrôle de la présentation et du monitoring est prévu une semaine plus tard
•en cas d'échec, un examen radiologique du bassin et une évaluation échographique des mensurations de votre bébé seront nécessaires pour déterminer si vous pouvez accoucher par les voies naturelles
•Après la version, le retour à domicile se fait le jour même


Présentation du siège

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser à votre Sage-femme ou Médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit.

Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

Numéros de téléphone des services

Consultations externes : 02 47 47 47 40

Secrétariat hospitalisation gynécologie : 02 47 47 47 47
Poste : 7 4239 ou 02 47 47 38 79

Secrétariat obstétrique : 02 47 47 47 47
Poste : 7 4095

Urgences gynécologie : 02 47 47 99 47

Urgences obstétrique : 02 47 47 93 93

CHRU HÔPITAUX DE TOURS
BRETONNEAU · CLOCHEVILLE · TROUSSEAU · MEDIPOLE
L'espace vital !

www.chu-tours.fr

Conception et réalisation : Direction de la communication

RÉSUMÉ :

Introduction : La voie d'accouchement en cas de présentations podaliques est un sujet controversé. Certains auteurs décrivent un risque majoré de complications néonatales lors d'accouchements par voie basse en comparaison à la césarienne. D'autres estiment qu'il n'y pas de différence si certains critères sont respectés. Dans ces circonstances les patientes sont libres d'accepter ou non une épreuve du travail. Il est donc nécessaire de les informer des risques que comporte chaque voie d'accouchement.

Nous avons donc analysé le protocole interne en vigueur au sein des hôpitaux universitaires de Strasbourg. Notre objectif principal était d'en évaluer le respect puis dans un second temps d'observer ses conséquences sur les nouveau-nés. Dans un dernier temps nous nous sommes intéressés aux choix des patientes en fonction du suivi de leur grossesse.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude rétrospective des voies d'accouchement des présentations podaliques, au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg de 2015 à 2016, selon l'information délivrée en pré-partum, via un recueil de données dans les dossiers informatiques.

Résultats : Dans 95% des cas, le protocole interne était bien respecté. Pour les dossiers voie basse hors recommandations, jugés acceptables par le clinicien de garde, les comorbidités néonatales n'étaient pas majorées. Le choix de la voie d'accouchement par les patientes n'était pas influencé par leur suivi de grossesse. La traçabilité des risques liés à l'accouchement du siège n'était effective que dans 58% des dossiers.

Discussion/conclusion : Afin de diminuer le taux de césariennes, certaines recommandations pourraient être rediscutées notamment la limite de poids minimum de 2500g pour l'acceptation de voie basse ou la possibilité de pouvoir déclencher le travail. Le défaut de traçabilité de l'information délivrée en pré-partum pourrait être corrigé par des moyens simples.

Mots-clés : Présentation par le siège, Mode d'accouchement, Recommandation, Information médicale.